Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik
zu Marburg.

Luxatio centralis femoris

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Wilhelm Schmedt

aus Beedenbostel.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Marburg
R. Friedrich's Universitäts-Buchdruckerei (Inhaber Karl Gleiser)
1921.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg am 7. 4. 1921.
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Referent: Professor Dr. Läwen.

Der erste Teil der Arbeit ist einer allgemeinen Besprechung des Krankheitsbildes gewidmet. Zunächst werden die Meinungen, welche die verschiedenen Autoren über den Begriff der Luxatio centralis femoris gehabt haben, gegenübergestellt. Krönlein bezeichnet mit L. c. f. eine Verletzung der Hüftpfanne und nimmt an, daß der Schenkelkopf gleichzeitig in das Becken eintrete. Simon hält eine reine centrale Luxation für sehr selten und faßt sie als eine Teilerscheinung der verschiedenen Beckenfrakturen auf. Henschen berücksichtigt nur das klinische Bild. Die typische Verschiebung und Stellungsänderung des Schenkelkopfes charakterisiert nach Henschen diese Verletzung. Wörner und Kreglinger halten eine isolierte Pfannenfraktur für möglich. Kreglinger faßt die L. c. f. als Folgeerscheinung eines isolierten Pfannenbruches auf.

Es wird darauf hingewiesen, daß zum Zustandekommen der Verletzung erstens die Einwirkung einer großen Gewalt nötig ist und ferner, daß das Trauma senkrecht zum Trochant. maj. angreifen muß, um durch Fortleitung auf Schenkelhals und -kopf die Pfanne zu zertrümmern.

Die große Seltenheit der L. c. f. ist bedingt durch die große Beweglichkeit des Oberschenkelkopfes im Hüftgelenk. Ferner dadurch, daß die centrierte Einstellung nur bei dem in Abduktionsstellung befindlichen Bein beim Auffallen gegeben ist.

Einteilung der L. c. f. in spontane oder pathologische und traumatische. Erstere können als gemischte bezeichnet werden, da im letzten Sinne zum Zustandekommen doch ein Trauma notwendig ist. Ein Fall dieser Entstehungsart wird beschrieben.

Im zweiten Teil der Arbeit werden die seit 1913 in der Literatur veröffentlichten Fälle von L. c. f. traumatica (19) angeführt, dazu ein Fall, der im letzten Jahre in der Chirurg. Universitätsklinik zu Marburg beobachtet wurde. Die Fälle werden nach der von Henschen vorgeschlagenen Einteilung in 1. centrierte Pfannengrundbrüche, 2. excentrische Pfannenbodenbrüche, 3. ringförmige Aussprengungen der Pfanne und 4. kombinierte Pfannenbrüche zusammengestellt. Der II. Gruppe gehörten 15 Fälle an, auf die I. und II. Gruppe entfiel je ein Fall, zur IV. Gruppe gehörten 3 Fälle.

An Hand dieser Fälle wird das Zustandekommen der Verletzung besprochen. Ursache war meist ein Fall auf die Seite, ferner noch Verschüttung. Es handelt sich dabei um eine Summation mehrerer, sehr schnell aufeinander folgender Gewalten.

Ob das Alter bei der Verletzung aetiologisch von Bedeutung ist, läßt sich schwer sagen. Gefunden wurde eine Bevorzugung des reifen Mannesalter (30.—50. Lebensjahr) in 6 Fällen.

Darauf werden die klinischen Erscheinungen der L. c. f. geschildert, die infolge der verschiedenen Art und Schwere der Verletzung mehr oder weniger stark hervortreten können. Stellung des Beines in Außenrotation und mäßiger Flexion, Verkürzung des Beines, Trochanterhochstand über der Roser-Nelaton'schen Linie, Abflachung der Trochantergegend und Verkürzung des Symphysenabstandes des Trochanters. Aufhebung der aktiven und Beschränkung der passiven Bewegungen. Die Möglichkeit den luxierten Schenkelkopf durch die Bauchdecken dicht oberhalb des Poupartschen Bandes und von Bectum bezw. von der Vagina auszuspalpieren, werden als die Hauptsymtome der L. c. f. beschrieben. Letzte Untersuchungen sollten bei keinem Trauma, welches die Hüftgegend getroffen hat, als eines der wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel unterlassen werden. Eckchymosen über dem Leistenbande und in der Trochantergegend lenken oft auf eine

L. c. f. hin. Trotz dieser vielen Symptome ist die Diagnosenstellung oft schwer und nur mit Hilfe des Röntgenbildes sicher möglich.

Differenzialdiagnostisch kommt hauptsächlich eine Schenkelhalsfraktur in Betracht. Ferner zeigten verschiedene Fälle, daß die L. c. f. unter der Diagnose Contusion der Hüfte segelte, da der Patient nach dem Unfall noch gehen konnte. Eine Röntgenaufnahme stellte erst den Befund richtig.

Von den Komplikationen wurden in den angeführten Fällen Schok, Bewußtseinsverlust, Erscheinungen von Seiten des Nerv. obturatorius und des Nerv. ischiadicus, blutiger Ausfluß aus der Harnröhre und Urinverhaltung beobachtet. Ferner können Gefäßverletzungen, Muskelzerreißungen und Darmrupturen vorkommen.

Die Behandlung der L. c. f. besteht in Reposition und Retention des Oberschenkelkopfes, der große Neigung besitzt, in die pathologische Stellung zurückzusinken. Bei der isolierten Hüftpfannenfraktur mit Luxation des Kopfes wird die Methode von Kreglinger empfohlen. Diese besteht in einer dreifachen Extension nach Bardenheuer. Einmal in der Längsrichtung der Extremität und dann nach außen und innen, am proximalen und pheripheren Ende des durch die Extremität dargestellten Hebelarmes, wobei ein zwischen beide Oberschenkel gelegter Keil als Hypomochlion dient. Bei complicierten Fällen wird man oft zur chirurgischen Behandlung greifen müssen, wie sie Melchior und Franke angeben. Oder indem man, wie bei dem in der Chirurg. Klinik zu Marburg beobachten Fall, durch Zug am Trochanter und über Hypomochlion die Reposition versuchte bei gleichzeitigem Gegendruck von innen, nach extraperitonealer Freilegung des M. iliacus und Spaltung dessen Fascie. 6 Wochen Extensionsverband und 4 Wochen Bettruhe sind notwendig. Vor zu frühzeitiger Belastung wird gewarnt, da hierdurch eine Zunahme bezw. eine sekundäre Luxation entstehen kann, wie zwei Fälle zeigten.

Die Prognose „quoad vitam“ kann als gut angesehen werden. Die Prognose „quoad sanationem“ ist in den meisten Fällen keine befriedigende zu nennen. Nur 2 Fälle zeigten bei der Entlassung eine völlige bezw. fast völlige Bewegungsfreiheit in allen Ebenen im Hüftgelenk. Eine Verkürzung war gleichfalls nicht zurückgeblieben. Sonst blieben immer erhebliche Bewegungsbeschränkungen zurück. Die Abduktion leidet am stärksten; infolge Tiefstand des Schenkelhalses und -kopfes in der Pfanne ist der Trochant. maj. dem Becken genähert und stößt bei geringen Abduktionsbewegungen an das Becken an. Weniger beschränkt ist meist die Adduktion, da der Trochant. min. ein kleineres Hindernis darstellt als der Trochant. maj. bei Abduktion. In vielen Fällen tritt eine Ankylose auf, die natürlich hochgradiger ist, je schlechter die Reposition gelungen ist. Ferner bleiben häufig ein Verkürzung des Beines — die in manchen Fällen noch zunimmt — und eine Inaktivitätsatrophie der Muskulatur der Extremität zurück. Kompensatorisch entsteht häufig eine ausgesprochene Lordose der Wirbelsäule, der Gang trotzdem noch hinkend. Subjektive Beschwerden, Schwäche und Schmerzen im Hüftgelenk, beeinträchtigen das Funktionsresultat wesentlich.